

**Bitte beachten Sie folgenden Ablauf für die Bearbeitung Ihrer Reklamation:**

- Fotografieren Sie das Produkt (alle Teile und die defekten Stellen müssen ersichtlich sein)
- Füllen Sie dieses Formular vollständig aus und geben Sie die Chargennummer des Produktes an
- Senden Sie uns die Bilder sowie dieses Formular per E-Mail an: [BensheimDeu-DSD-Technische-Rekla@dentsplysirona.com](mailto:BensheimDeu-DSD-Technische-Rekla@dentsplysirona.com)
- Bewahren Sie alle Teile bei sich auf, bis der Fall seitens Dentsply Sirona abgeschlossen wird

*Von der Niederlassung auszufüllen*

Selling Location/ DI Division: \_\_\_\_\_

Complaint ref. no. of Selling Location/ DI Division: \_\_\_\_\_ **Vorgangs-Nr:** \_\_\_\_\_

**Behandler/Labor**    Kundennr. \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/ Tel. \_\_\_\_\_



**Reklamiertes Produkt (Implantat, Komponente, Instrument, etc.)**

Astra Tech Implant System   
  Ankylos   
  Frialit/ Xive   
  \_\_\_\_\_

Artikel-Name \_\_\_\_\_ Artikel-Nr. \_\_\_\_\_ Lot-Nr. \_\_\_\_\_  unbekannt

ggf. Begleitprodukt: \_\_\_\_\_

**Art des Vorfalls**

**Datum des Vorfalls** ----- \_\_\_\_\_

- Fehlende Primärstabilität   
  Implantatverlust   
  Implantatfraktur
- Anderes chirurgisches oder Insertions-Problem** (bitte nähere Beschreibung)
- Abutmentfraktur   
  Schraubenfraktur   
  Lockerung   
  Passungsproblem
- Instrumenten-Problem** (bitte nähere Beschreibung)
- Sonstiges** (bitte nähere Beschreibung)

**Nähere Beschreibung/sonstige Information**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Position:</b>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16
	<b>R</b>	<b>L</b>
	32 31 30 29 28 27 26 25	24 23 22 21 20 19 18 17
<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	

**Patienten** Patienten-Nr \_\_\_\_\_

**Mundhygiene**  gut  durchschnittlich  schlecht

**Knochenqualität**  I  II  III  IV

**Patientenvorgeschichte**  Raucher  Diabetiker  Bruxer

**Kau-/ Beiß-Gewohnheiten:** \_\_\_\_\_

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

**Datum der** Implantation ----- \_\_\_\_\_ Sofortimplantation  ja  nein

Explantation ----- \_\_\_\_\_ Sofortbelastung  ja  nein

prothetischen Versorgung \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ mit Aufbautyp \_\_\_\_\_

**Phase des Verlustes/ der Explantation**  Einheilphase  Wiedereröffnung  vor prothetischer Belastung  nach prothetischer Belastung

**Einheilung**  subgingival  transgingival

**Augmentation**  präoperativ  zeitgleich mit Implantation  keine

verwendete Materialien \_\_\_\_\_

**Implantatbett-**  Bone Condensing  Bone Expanding  Bone Spreading

**aufbereitung**  ablativ  Gewindeschneider  Sonstiges \_\_\_\_\_

**Befund vor**  Infektion  Eigenbeweglichkeit  Osteolyse

**Explantation**  okklusale Überlastung  gradualer Knochenabbau  Periimplantitis

**Prothetische**  zementiert  Totalprothese  rein implantatgetragen  abnehmbare Brücke

**Versorgung**  festsitzende Brücke  festsitzende Teilprothese  abnehmbare Teilprothese  verschraubt

kombiniert implantat-/zahngetragen  Einzelzahnversorgung

**Anmerkungen** \_\_\_\_\_

Produkt liegt bei  sonstige Anlagen \_\_\_\_\_

Produkt wird nachträglich eingesandt, weil \_\_\_\_\_

Produkt wird nicht eingesandt, weil \_\_\_\_\_